



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Jutta Pulkki
Tuulikki Vehko
Liina-Kaisa Tynkkynen
Ilmo Keskimäki (toim.)

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2013

Tutkimuspaperit

TYÖPAPERI

TYÖPAPERI 31/2013

Jutta Pulkki, Tuulikki Vehko, Liina-Kaisa Tynkkynen, Ilmo Keskimäki (toim.)

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2013

Tutkimuspaperit



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Jutta Pulkki

ISBN 978-952-245-981-7 (painettu)

ISBN 978-952-245-982-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-982-4>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2013



Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2013

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät järjestetään 28.–29.11.2013 Tampereella. Tämä julkaisu sisältää päivien ohjelman ja tutkimussessioissa esitettävien tutkimusten abstraktit.

Muutos terveydenhuollossa on enemmän sääntö kuin poikkeus. Terveydenhuollon muutostarve nousee hyvin monenlaisista vaikuttimista, kuten väestörakenteen muutoksesta, terveydenhuollon teknologian kehitymisestä, valtion- ja kuntatalouden tilanteesta ja toimintamallien leviämisestä. Kaikkien näiden tunnistaminen, sekä tietenkin muutosten yhteiskunnallisten ja inhimillisten vaikutusten arviointi on keskeinen terveydenhuoltotutkijoiden tehtävä. Koska terveydenhuollon muutoksen taustat ja vaikutukset muodostavat laajan kirjon, on niitä myös tutkittava erilaisista näkökulmista. Muutos onkin yksi tämän vuoden Terveydenhuoltotutkimuksen päivien läpileikkaavista teemoista.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien tutkimusseminaarin teemana ovat tänä vuonna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ja vanhojen ihmisten terveystaloudet. Päivät alkavat ajankohtaisella katsauksella meneillään olevaan sote-uudistukseen, jonka yhtenä lähtökohtana on ollut palvelujen turvaaminen yhä iäkkäämmälle väestölle. Tämän jälkeen kuulemme asiantuntijoiden havaintoja vanhojen ihmisten terveystalouksista, ja siitä miten sote-uudistus niihin mahdollisesti vaikuttaa. Tutkimussessioissa esitellään puolestaan laajasti suomalaisen terveydenhuoltotutkimuksen tuloksia, kuten elintapojen vaikutuksia terveyteen, sekä sosioekonomisia terveys- ja terveystalouksien käytön eroja.

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti täyttää tänä vuonna 50 vuotta. Ensimmäisen päivän päätteeksi juhlustetaan tätä puheenvuoroilla lehden historiasta, nykypäivästä ja tulevasta. Lisäksi Terveydenhuoltolääkärit jakavat seminaarin yhteydessä Terveydenhuoltopalkinnon. Palkinnon myöntämisperusteena on pitkäaikainen ja vaikuttava toiminta suomalaisen terveydenhuollon hyväksi. Toisena päivänä järjestettävällä jatko-opintokurssilla paneudutaan terveydenhuollon muutokseen ja muutoksen tutkimuksen erilaisiin lähestymistapoihin. Puhujina ovat alan nuoret, ja hieman vanhemmatkin tutkijat.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien järjestäjinä ovat tänä vuonna Sosiaalilääketieteen yhdistys ry, Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikkö, Gerontologian tutkimuskeskus (Gerec), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), sekä DPPH-tutkijakoulu.

Tervetuloa Terveydenhuoltotutkimuksen päiville Tampereelle!

Järjestäjien puolesta,

Jutta Pulkki, TtT, tutkijatohtori
Gerontologian tutkimuskeskus,
Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Sisällys

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien ohjelma	5
Tutkimuspaperit.....	7
SESSIO A: Käyttäytymislääketiede	8
Itsetunnon ja painoindeksin (BMI) välinen yhteys nuoruudesta aikuisuuteen - 26 vuoden seurantatutkimus.....	9
Masennuslääkkeiden käyttö ja sosioekonominen asema sepelvaltimotautikuolleisuuden ennustajina ..	10
Unettomuuden yhteys terveyteen ja työkykyyn: seurantatutkimus työntekijöiden keskuudessa	11
Eräiden terveystieteellisissä tutkimuksissa yleisesti käytettyjen, mutta muuta kuin terveyttä kuvaavien psykometrinen mittareiden suhde toisiinsa – meneillään olevan tutkimuksen kuvaus	12
Uusi luokitusjärjestelmä psykologisille ja elämän ongelmille: ”Kymmenjärjestelmä”	13
SESSIO B: Liikunta ja terveys	14
Vapaa-ajan liikkumisen pysyvyyttä ja vähentämistä ennustavat tekijät suomalaisessa aikuisväestössä	11
vuoden seurannassa	15
Liikunta-aktiivisuuden muutos ja pitkät sairauspoissaolot	16
Liikunnan muutosten yhteydet työkyvyttömyyseläkkeisiin.....	17
Sähköpyörätuoli ja -mopedi liikkumiseen liittyvää osallistumista edistämässä - havainnoivan monikeskustutkimuksen Suomen osuus.....	18
SESSIO C: Vanhojen ihmisten palvelut.....	19
Vanhojen ihmisten siirtymät hoitopaikkojen välillä - Siirtymäprofiilit ja niissä tapahtuneet muutokset vuodesta 1998 vuoteen 2008	20
Itsemurhan tehneiden vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö kahtena viimeisenä elinvuotena	21
Onko valinnanvapaudella on merkitystä ikäihmisten hoivan vaikuttavuuteen?	22
Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi kehittämistyön teemana järjestökentällä	23
Vanha ihminen kansanedustajien puheissa - diskurssianalyysi vanhuspalvelulakiin liittyneistä eduskuntakeskusteluista	24
SESSIO D: Eriarvoisuus ja muutos terveydenhuollossa	25
Eriarvoisuus somaattisen erikoissairaanhoidon käytössä vuosina 1995-2010	26
Muutokset ja alueelliset erot sosioekonomisessa oikeudenmukaisuudessa sepelvaltimotoinenpiteisiin pääsyssä vuosien 1995–2010 aikana	27
Verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010 sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta	28
– onko esitysten terveysvaikutuksia arvioitu?	28
Nuorten työntekijöiden sairauspoissaolajaksojen muutokset vuosina 1990–2012	29
SESSIO E: Terveydenhuollon käytännöt ja niiden kehittäminen	30
Hoitopolkujen käyttö diabeteksen hoidon organisoinnissa – Verkkokysely terveydenhuollon ammattilaisille	31
Keskeytykset terveyskeskuslääkärin työssä	32
Ennakoarvointi päätöksenteon tukena lisää avoimuutta	33
Kansallinen implementointitutkimus tarvitsee viitekehysten ja tutkijaverkoston.....	34

Ohjelma

Terveystieteiden tutkimuksen päivät 28.–29.11.2013
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö (T-rakennus)

Torstai 28.11.2013 TUTKIMUSSEMINAARI

9.30-10.00 Ilmoittautuminen ja kahvi

AAMUPÄIVÄN SESSIO - Sote-uudistus ja vanhojen ihmisten palvelut

10.00-10.45 Sote-uudistus NYT
Marina Erhola, ylijohdaja, THL

10.45-11.30 Vanhojen ihmisten terveyspalvelut tulevaisuudessa
Anja Noro, Ikäihmisten palvelut -yksikkö, varapäällikkö, THL

11.30-12.00 Kommenttipuheenvuoro – Käytännön kokemuksia uudistuksista
Jaakko Valvanne, professori, Tampereen yliopisto

12.00-13.00 Lounas (omakustanteinen)
Käyttätymislääketieteen jaoksen vuosikokous, rh 4

13.00-14.30 TUTKIMUSSESSIOT

- A) Käyttätymislääketiede
- B) Liikunta ja terveys
- C) Vanhojen ihmisten palvelut
- D) Eriarvoisuus ja muutos terveydenhuollossa
- E) Terveystieteiden käytännöt ja niiden kehittäminen

14.30-15.00 Kahvi

ILTAPÄIVÄN SESSIO - Aihetta juhlaan

15.00-17.00 Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 50 vuotta - historiaa ja tulevaisuuden näköaloja
Matti Hakama, Emeritusprofessori
Ranja Aukee, YTT
Liina-Kaisa Tynkkynen, FT

Terveystieteiden tutkimuspalkinnon jako
Sami Heistaro, LT, erikoislääkäri, MBA

Kuohuviinitarjoilu

Sosiaalilääketieteellisen yhdistyksen vuosikokous, rh 1

PERJANTAI 29.11.2013 Jatko-opintokurssi

TERVEYDENHUOLLON MUUTOS JA KUINKA TUTKIA SITÄ?

9.00-9.15	Kurssin avaus
9.15-10.00	Teoriat osana muutoksen tutkimusta <i>Mikko Niemelä, dosentti, johtava tutkija, Kela</i>
10.00-10.30	Muutoksen tutkimus asiakirja-aineiston avulla <i>Leena Tervonen-Gonçalves, FT, erikoistutkija, THL</i>
10.30-11.00	Rekisteriaineistot ja muutoksen tutkimus <i>Sonja Lumme, VTM, tutkija, THL</i> <i>Tuulikki Vehko, TtM, tutkija, THL</i>
11.00-11.15	Tauko
11.15-11.45	Muuttuva vai murtuva terveydenhuollon talous ? <i>Pekka Rissanen, professori, Tampereen yliopisto</i>
11.45-12.15	Terveyspolitiikan muutos <i>Arttu Saarinen, FT, yliopistonlehtori, Turun yliopisto</i>
12.15-13.15	Lounas (omakustanteinen)
13.15-13.45	Muutokset terveydenhuollon henkilöstörakenteessa ja henkilöstön hyvinvoinnissa <i>Lauri Kokkinen, FT, tiimipäällikkö, Työterveyslaitos</i>
13.45-14.15	Yksityisen ja julkisen keskinäissuhde muutoksessa <i>Liina-Kaisa Tynkkynen, FT, tutkijatohtori, Tay</i>
14.15-14.45	Muutokset terveydenhuollon oikeudenmukaisuudessa <i>Ilmo Keskimäki, tutkimusprofessori, THL/Tay</i>
14.45-15.00	Keskustelua ja kurssin päätös

Tutkimuspaperit

SESSIO A: Käyttäytymislääketiede

Esitykset

<i>Olli Kiviruusu</i>	Itsetunnon ja painoindeksin (BMI) välinen yhteys nuoruudesta aikuisuuteen - 26 vuoden seurantatutkimus
<i>Hanna Konttinen</i>	Masennuslääkkeiden käyttö ja sosioekonominen asema sepelvaltimotautikuolleisuuden ennustajina
<i>Peija Haaramo</i>	Unettomuuden yhteys terveyteen ja työkykyyn: seurantatutkimus työntekijöiden keskuudessa
<i>Sakari Suominen</i>	Eräiden terveystieteellisessä tutkimuksessa yleisesti käytettyjen, mutta muuta kuin terveyttä kuvaavien psykometristen mittareiden suhde toisiinsa - meneillään olevan tutkimuksen kuvaus
<i>Martti Tuomisto</i>	Uusi luokitusjärjestelmä psykologisille ja elämän ongelmille: "Kymmenjärjestelmä"

Puheenjohtajana Sakari Suominen, professori , Turun Yliopisto

Itsetunnon ja painoindeksin (BMI) välinen yhteys nuoruudesta aikuisuuteen - 26 vuoden seurantatutkimus

Olli Kiviruusu, VTM¹, Hanna Konttinen, VTT², Taina Huurre, FT, KL^{1,3}, Hillevi Aro, LKT, prof.emerita^{1,4}, Mauri Marttunen, LT, prof.^{1,5,6}, Ari Haukkala, VTT, dosentti²

¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto

² Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos

³ Vantaan kaupunki, Koulun sosiaalityön yksikkö

⁴ Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

⁵ Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala, Nuorisopsykiatrian klinikkaryhmä

⁶ Helsingin yliopisto, Psykiatrian osasto

Tavoite: Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia itsetunnon ja painoindeksin välistä suhdetta ja sen kehittymistä nuoruudesta aikuisuuteen 26 vuoden seurantatutkimuksessa.

Menetelmät: Tutkittavat osallistuivat Tampereella vuonna 1983 alkaneeseen koululaiskohorttitutkimukseen 16 vuoden iässä (N=2194). Seurannat toteutettiin postikyselyin 22 (N=1656), 32 (N=1471) ja 42 (N=1334) vuoden iässä. Itseraportoidut mittarit käsittivät kaikissa vaiheissa itsetunnon (7 osiota) sekä pituuden ja painon. Analyysit tehtiin käyttäen latentteja kasvukäyriä, erotusmuuttujia ja korrelaatioita.

Tulokset: Naisilla itsetunnon ja painoindeksin kasvukäyrät korreloivat negatiivisesti sekä lähtötasojen ($r=-0.13$, $p<0.01$) että muutuskertoimien ($r=-0.26$, $p<0.001$) osalta. Miehillä kasvukäyrät eivät olleet yhteydessä toisiinsa. Erotusmuuttujilla tarkasteltuna naisilla kasvavan painoindeksin ja laskevan itsetunnon välinen yhteys oli voimakkaimmillaan 22 ja 32 ikävuosien välillä ($r=-0.16$, $p<0.001$). Näiden ikävuosien välillä myös sukupuolten välinen ero oli selkeimmin näkyvissä, kun miehillä vastaavana ajankohtana painoindeksin kasvu korreloi positiivisesti itsetunnon kasvun kanssa ($r=0.11$, $p<0.01$). Naisilla kussakin vaiheessa lasketut itsetunnon ja painoindeksin väliset korrelaatiot osoittivat voimistuvaa trendiä ($p<0.001$) ikävuosien 16 ($r=-0.07$) ja 42 ($r=-0.17$) välillä, kun taas miehillä negatiivinen korrelaatio havaittiin ensimmäisen kerran vasta 42-vuotiaana ($r=-0.08$).

Johtopäätökset: Naisilla korkeampi ja kasvava painoindeksi on yhteydessä huonompaan ja suhteellisesti hitaammin kehittyvään itsetuntoon. Tämä itsetunnon ja painoindeksin käänteinen yhteys ei rajoitu vain nuoruusikään, vaan ulottuu aikuisuuteen, jopa vahvistuen ajan myötä. Miehillä itsetunnon ja painoindeksin yhteys on heikompi. Tämä voi selittyä toisaalta miesten naisia vähäisemmillä ulkonäköpaineilla, toisaalta painoindeksiin käyttöön liittyvillä ongelmilla miesten painon ja vartalon muodon mittaamisessa.

Masennuslääkkeiden käyttö ja sosioekonominen asema sepelvaltimotautikuolleisuuden ennustajina

Hanna Konttinen, PhD¹, Fanny Kilpi, M.Sc.¹, Heta Moustgaard, M.Soc.Sc.¹, Pekka Martikainen, PhD¹

¹ *Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto*

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus: Masennus ja alhainen sosioekonominen asema on molemmat yhdistetty suurempaan riskiin sairastua sydän- ja verisuonitauteihin (SVT). Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin harvoin tarkasteltu näiden kahden tekijän välisiä yhdysvaikutuksia suhteessa SVT tapahtumien todennäköisyyteen. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, 1) ennustavatko masennuslääkkeiden käyttö ja matala sosioekonominen asema itsenäisesti sepelvaltimotautikuolemia, ja 2) vaihtelee masennuslääkkeiden käytön ja sepelvaltimotautikuolemien välinen yhteys sosioekonomisen aseman mukaan?

Aineisto ja menetelmät: Tutkimuksen aineisto koostui 11 % satunnaisotannasta Suomen väestöstä (40–79-vuotiaat) vuoden 1999 lopussa. Aineisto sisälsi lukuisia sosioekonomisen aseman indikaattoreita (koulutus, ammattiasema, tulot ja työmarkkina-asema) sekä kuolinsyytiedot vuosilta 2000–2007. Masennuksen tai muun vastaavan mielenterveysoireilun indikaattorina käytettiin tietoja masennuslääkeostoista vuosien 1995–1999 aikana, jotka saatiin aineistoon linkitetystä lääkekorvausrekisteristä. Pääasiallisena analyysimenetelmänä hyödynnettiin ikä- ja sukupuoli-vakioituja Coxin regressiomalleja.

Tulokset: Masennuslääkkeiden käyttö ja sosioekonomisen aseman indikaattorit ennustivat itsenäisesti sepelvaltimotautikuolemia seitsemän vuoden seurannan aikana. Kuoleman riski oli korkeampi (HR=1.49) niillä tutkittavilla, jotka ostivat vähintään kaksi kertaa masennuslääkkeitä yhtenä tai useampana vuonna (1995–1999) verrattuna niihin, joilla ei ollut yhtään masennuslääkeostoa kyseisellä ajanjaksolla. Perusasteen koulutuksen käyneillä (HR=1.31), työntekijöillä (HR=1.25), pienituloisilla (HR=1.64) ja työkyvyttömyyseläkkeelle jääneillä (HR=3.73) oli kohonnut sepelvaltimotautikuoleman riski verrattuna korkeammasa sosioekonomisessa asemassa oleviin. Sosioekonomisen aseman indikaattoreista ainoastaan työmarkkina-aseman ja masennuslääkkeiden käytön välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$) interaktio suhteessa sepelvaltimotautikuolemiin: masennuslääkkeiden käytön yhteys kohonneeseen kuoleman riskiin oli vahvin ryhmässä, joka koostui pääasiassa vanhuuseläkkeelle jääneistä (HR=1.60).

Johtopäätökset: Mielenterveysoireiluun liittyvä suurempi sepelvaltimotautikuoleman suhteellinen riski oli pääasiassa samanlainen eri sosioekonomisissa ryhmissä. Seitsemän vuoden seurannan aikana kuolleisuusluvut olivat suurempia matalammissa ryhmissä, joten kaikista alttiimpia sydäntautikuolemille olivat sekä mielenterveysoireista kärsivät että muut heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat.

Unettomuuden yhteys terveyteen ja työkykyyn: seurantatutkimus työntekijöiden keskuudessa

Peija Haaramo, VTM, Helsingin yliopisto, Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto

Unettomuus on yleisin unihäiriö ja potentiaalinen uhka kansanterveydelle. Vähintään satunnaisia unettomuusoireita esiintyy yli kolmanneksella työikäisistä. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu unettomuudella yhteyksiä terveyteen ja työkykyyn. Erityisesti objektiivisia rekisterivasteita käyttäviä pitkittäistutkimuksia aiheesta on kuitenkin vielä vähän. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää unettomuuden yhteyksiä myöhempään mielenterveyteen, sydäntautien riskitekijöihin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin keski-ikäisessä työntekijäkohortissa. Tutkimuksessa käytettiin kysely- ja rekisteritietoja seuranta-asetelmassa.

Tutkimuksen aineistona olivat Helsingin kaupungin työntekijöiden terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia kartoittavan Helsinki Health Studyn peruskyselyt vuosilta 2000–2002. Peruskyselyt toteutettiin postitse ja ne koskivat kaupungin 40–60-vuotiaita työntekijöitä (N=8.960, vastausprosentti 67 %, 80 % naisia). Luvan antaneiden kyselytiedot yhdistettiin sekä Kelan korvattuja reseptilääkeostoja koskevaan rekisteriin että Eläketurvakeskuksen rekisteriin (N=6.606). Kokonaisuudessaan rekisteritiedot kattoivat ajanjakson 1995–2010.

Unettomuusoireita (vaikeudet nukahtaa ja pysyä unessa, virkistämätön uni) viimeisten neljän viikon aikana tiedusteltiin tutkittavilta peruskyselyssä. Tulosuuttujina käytettiin psykiatrialääkitystä, verenpaine- ja kolesterolilääkitystä sekä työkyvyttömyyseläkkeitä. Tiedot näistä saatiin kyselyyn yhdistetyistä rekistereistä. Muita tutkimuksessa tarkasteltuja tekijöitä olivat sosiodemografiset tekijät, fyysiset ja psykososiaaliset työolot, aiempi terveys, terveyskäyttäytyminen sekä unen kesto. Näitä koskevat tiedot kerättiin peruskyselyssä. Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin logistista regressioanalyysiä sekä Coxin suhteellisten riskien mallia.

Tutkimuksessa havaittiin unettomuusoireiden olevan yhteydessä myöhempään terveyteen ja työkykyyn. Erityisen voimakas yhteys unettomuudella oli mielenterveyteen, mutta yhteydet olivat selkeät myös sydäntautien keskeisiin riskitekijöihin, eli korkeaan verenpaineeseen ja veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin. Samoin unettomuudella todettiin selkeitä yhteyksiä myöhempään työkyvyttömyyseläkkeisiin, sekä kaikkiin työkyvyttömyyseläkkeisiin että erikseen mielenterveys- ja tuki- ja liikuntaelinperusteisiin eläkkeisiin. Yhteydet olivat annos-vaste-tyyppisiä, eli myös harvemmin koetut unettomuusoireet lisäsivät myöhemmän sairastavuuden tai eläkkeiden riskiä, joka oli kuitenkin suurin usein unettomuusoireita kokeneilla. Yhteydet olivat pääosin samanlaisia naisilla ja miehillä. Analyyseissä vakioitiin useita tutkittavaan yhteyteen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä, mutta yhteydet säilyivät vakiointien jälkeenkin.

Unettomuus aiheuttaa siitä kärsivälle henkilökohtaista haittaa, mutta myös välillisesti suuria kustannuksia työnantajille ja yhteiskunnalle muun muassa lisääntyneen hoidontarpeen, lääkityksen ja ennen aikaisen eläköitymisen muodossa. Unettomuuden tunnistamiseen ja hoitoon olisikin syytä kiinnittää aiempaa enemmän huomiota esimerkiksi työterveyshuollossa ja muussa perusterveydenhuollossa. Näin voitaisiin ehkäistä kroonisia sairauksia ja eläköitymiseen johtavaa työkyvyttömyyttä.

Eräiden terveystieteellisessä tutkimuksessa yleisesti käytettyjen, mutta muuta kuin terveyttä kuvaavien psykometrinen mittareiden suhde toisiinsa – meneillään olevan tutkimuksen kuvaus

Sakari Suominen, LT, professori, Turun yliopisto, kansanterveystiede, Nordic School of Public Health, Maija-Stiina Tuloisela-Rutanen, FT, koulutuspäällikkö, Diakonialaitos Lahti, Markku Koskenvuo, LKT, professori em., Helsingin yliopisto Hjelt-instituutti

Tausta ja tavoitteet: Terveystieteellisessä tutkimuksessa sovelletaan runsaasti erilaisia psykometrisiä mittareita, joiden voidaan perustellusti olettaa kuvaavan lähisukuisia tai jopa päällekkäisiä tai käänteisiä ilmiöitä. Toistaiseksi ei ole tehty riittävästi systemaattista tämän alueen metodologista tutkimusta.

Aineisto ja menetelmät: Health and Social Support (HeSSup) eli ‘Terveys ja sosiaalinen tuki’ on vuonna 1998 käynnistynyt etenevä kyselytutkimus, jonka perusotanta muodostui 64 797 suomalaisesta, jotka edustivat sen aikaista 20-24, 30-34, 40-44 ja 50-54 vuoden ikäistä väestöä. Ensimmäinen kysely tuotti 25 898 hyväksyttävää vastausta (vastausprosentti 40). Uusintakyselyt toteutettiin vuosina 2003 ja 2012, joista jälkimmäisen kyselyn aineisto on viimeistelyvaiheessa ennen analyysien käynnistymistä. Kyselylomakkeessa vastaajia on mittarista riippuen pyydetty kahdesti tai kolmesti täyttämään kysymyssarjat koskien koherenssin tunnetta (13 kysymystä), masennusta (Beckin 31 kysymyksen seula), elämäntyytyväisyyttä (Allardtin 4 kysymyksen sarja), vihamielisyyttä (Koskenvuon 3 kysymyksen sarja), kyynistä vihamielisyyttä (Cook – Medleyn asteikosta kehitetty 8 kysymyksen sarja), optimismia ja pessimismia (Scheierin ja Carverin 10 kysymyksen sarja) sekä sosiaalista tukea (Sarasonin 6 kysymyksen sarja). Vastaukset analysoidaan niiden naisten ja miesten osalta, joilta on vastaukset vuoden 1998 että vuoden 2003 kyselyistä. Mittareiden tulosten perusteella laaditaan aluksi kyselykohtainen korrelaatiomatriisi. Analyysiä jatketaan eksploraatiivisella kyselykohtaisella faktorianalyysillä. Sen tulosten perusteella pyritään selvittämään mitkä mittarit tai niiden osat mahdollisesti latautuvat samalle faktorille.

Terveystieteellisen tutkimuksen päivillä raportoidaan korrelaatiomatriisin tulokset.

Johtopäätöksenä annetaan empiirisiin havaintoihin perustuvia pohdintoja tutkittujen mittareiden yhtäläisyyksistä ja eroista.

Uusi luokitusjärjestelmä psykologisille ja elämän ongelmille: ”Kymmenjärjestelmä”

Martti T. Tuomisto, Ph.D., Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Kehittämistyön tarkoitus: Mielenterveysongelmien luokituksiin tarkoitettuja on viime vuosina kritisoitu yhä enemmän. Viimeksi julkaistua DSM-5:tä ovat arvostelleet hyvin arvovaltaiset tahot (mm. National Institute of Mental Health Yhdysvalloissa). Tarkoituksena on kehittää uusi selkeä ja käyttökelpoinen luokitus psykologisille ja elämän ongelmille käytettäväksi kliinisessä tutkimus-, opetus- ja hoitotyössä.

Kehitystyö, aineisto ja menetelmät: Ongelmaluokitukset on kehitetty vuosien kuluessa psykologisten perusprosessien tai käyttäytymiseen liittyvien puutteiden pohjalta, koska tyydyttäviä diagnoosiluokituksia on ollut vaikea löytää. Kehitteillä oleva psykologisten ja elämän ongelmien ”kymmenjärjestelmä” sisältää nimensä mukaan kymmenen ongelmien pääluokkaa, joista ensimmäinen on luonnollisesti 0-luokka eli ei ongelm(i)a. Yhdeksän varsinaista ongelmaluokkaa sisältävät eri määriä alaluokkia. Luokat on määritelty sen perusteella, mikä perusmerkitys tai –funktio niillä on henkilön elämässä. Nämä luokat ovat myös perusmerkitystensä ja –funktionsa perusteella toisensa poissulkevia. Pääluokat ovat seuraavat (alaluokat suluissa): 1) Tieto-ongelma tai tietämisen ongelma (alaluokat: tieto-ongelma, informaatio-ongelma), 2) tietoisuus- tai havaitsemisen ongelma (itseä tai ympäristöä koskeva), 3) taito-ongelma tai suorittamisen ongelma (päivittäisiä aktiviteetteja koskeva, ihmissuhdetaitoja, päättelytaitoja koskeva) 4) päätösongelma tai valitsemisen ongelma (yhtä tai useita vaihtoehtoja koskeva), 5) motivaation eli haluamisen ongelma (motivaation puute tai liiallinen motivaatio), 6) välttämisenongelma tai välttämisen ongelma (ennakointivälttäminen, pakeneminen tai lähestyminen), 7) ympäristöongelma tai selviytymisen ongelma (arvo-ongelma, fyysinen tai sosiaalinen ympäristö, organisatorinen ongelma), 8) biologinen tai terveysongelma (terveyden riskitekijät, tilannefunktiot, sairaudet, vammat) eli hoitamisen ongelma ja 9) käsitteellinen eli ymmärtämisen ongelma (itseä tai ympäristöä koskeva). Tätä luokittelujärjestelmää sovelletaan parhaillaan kognitiivisen käyttäytymisterapian työnohjauksessa asiakkaiden ongelmien luokitteluun hoidon suunnittelussa. Tuloksia ei tässä vaiheessa vielä ole, koska testaustyö on meneillään.

Päätelmät: Kehitettävää luokitusjärjestelmää on jo esitelty kansainvälisissä kongresseissa. Sitä voidaan käyttää ongelmien hoidon tavoitteiden määrittelyn ja hoitomenetelmien valinnan apuna. Tämä luokittelujärjestelmä on myös niin selkeä, että asiakkaiden ja potilaidenkin on mahdollista oppia sen käyttöä omien ongelmien määrittelyyn. Luokitusjärjestelmän eri tasot mahdollistavat sen käytön hyvin myös käyttäytymislääketieteellisiin ongelmiin.

SESSIO B: Liikunta ja terveys

Esitykset

<i>Tomi Mäki-Opas</i>	Vapaa-ajan liikkumisen pysyvyyttä ja vähentämistä ennustavat tekijät suomalaisessa aikuisväestössä 11 vuoden seurannassa
<i>Anna-Leena Holstila</i>	Liikunta-aktiivisuuden muutos ja pitkät sairauspoissaolot
<i>Jouni Lahti</i>	Liikunnan muutosten yhteydet työkyvyttömyyseläkkeisiin
<i>Pia Sirola</i>	Sähköpyörätuoli ja -mobiili liikkumiseen liittyvää osallistumista edistämässä - havainnoivan monikeskustutkimuksen Suomen osuus

Puheenjohtajana Liina-Kaisa Tynkkynen, tutkijatohtori, Tampereen yliopisto

Vapaa-ajan liikkumisen pysyvyyttä ja vähentämistä ennustavat tekijät suomalaisessa aikuisväestössä 11 vuoden seurannassa

Tomi Mäki-Opas, FT¹; Sari Stenholm, dosentti^{1,2}, Heli Valkeinen, TtT¹, Katja Borodulin, dosentti¹, Sakari Suominen, professori^{2,4}, Satu Männistö, dosentti¹, Tommi Härkänen, dosentti¹, Esko Levälahti, YTM¹, Tommi Vasankari, professori^{3,1} ja Ritva Prättälä, dosentti¹

¹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ² Turun yliopisto, ³ UKK instituutti, ja ⁴ Nordic School of Public Health

Tausta ja tavoitteet: Vähäisen liikkumisen taustalla olevia tekijöitä tunnetaan huonosti. Lisää tutkimustietoa tarvitaan, jotta voimme edistää suomalaisten liikkumista. Tässä tutkimuksessa tutkittiin vapaa-ajan liikkumisen pysyvyyttä ja vähentämistä ennustavia tekijöitä suomalaisessa aikuisväestössä 11 vuoden seurannassa.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimus hyödynsi Terveys 2011 -tutkimuksen aineisto, joka on väestöä edustava 11-vuoden seurantatutkimus vähintään 18-vuotiaista. Tutkimusprotokollaan kuului terveystarkastus, haastatteluita ja kyselylomakkeita, joilla selvitettiin mm. elintapoja ja terveydentilaa. Osallistumisaktiivisuus oli 89 % vuonna 2000 ja 73 % vuonna 2011. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin vain niitä vastanneita, joiden vapaa-ajan liikunta-aktiivisuudesta oli tietoa molemmilta tutkimusvuosilta ja he olivat vuonna 2000 iältään 30–64-vuotiaita (n=3 656). Vapaa-ajan liikunnan taustalla olevina tekijöinä tutkittiin lähtötilanteen ikää, koulutusta, siviilisäätystä, työmarkkina-asemaa, työmatkaliikuntaa, työliikuntaa, tupakointia, alkoholin kulutusta, painoindeksiä ja itsearvioitua terveydentilaa. Tutkimuksen vastemuuttujana olivat vähäinen vapaa-ajan liikunta tai liikunnan vähentäminen seurannan aikana. Tilastolliset mallinnukset tehtiin askeltavalla logistisella regressioanalyysillä, jossa mallinnus eteni seuraavasti: Malli1: ikä ja koulutus, Malli2: ikä, koulutus ja siviilisäätty, Malli3: ikä, koulutus, siviilisäätty ja työmarkkina-asema, Malli4: ikä, koulutus, siviilisäätty, työmarkkina-asema, työmatkaliikunta ja työliikunta, Malli5: ikä, koulutus, siviilisäätty, työmarkkina-asema, työmatkaliikunta, työliikunta, päivittäinen tupakointi, alkoholin kulutus ja painoindeksi, ja Malli6 (=lopullinen malli): ikä, koulutus, siviilisäätty, työmarkkina-asema, työmatkaliikunta, työliikunta, päivittäinen tupakointi, alkoholin kulutus ja painoindeksi, ja itsearvioitu terveydentila. Tulokset esitetään lopullisen mallin odds ratioina (OR) ja 95 % luottamusväleinä (95LV).

Tulokset: Seurannan aikana 62 % vastanneista pysyi vähän liikkuvana ja 40 % vähensi liikkumistaan vapaa-ajalla. Vähäisen liikkumisen pysyvyyttä ennusti miehillä lähtötilanteen matala koulutus (OR=1.95; 95LV=1.01–6.87) ja naisilla lihavuus (OR=2.86; 95LV=1.54–5.29) ja huono terveydentila (OR=1.82; 95LV=1.08–3.05). Liikkumisen vähentämistä ennustivat miehillä matala koulutus (OR=1.73; 95LV=1.08–2.78), eläkkeellä olo (OR=2.18; 95LV=1.29–3.70), päivittäinen tupakointi (OR=1.97; 95LV=1.37–2.84), lihavuus (OR=1.62; 95LV=1.03–2.55), korkea alkoholin kulutus (OR=1.80; 95LV=1.20–2.68) ja huono terveydentila (OR=1.93; 95LV=1.34–2.76). Naisilla liikkumisen vähentämistä ennustivat päivittäinen tupakointi (OR=1.68; 95LV=1.16–2.45) ja lihavuus (OR=1.90; 95LV=1.27–2.85). Siviilisäätty, työmatkaliikunta, ja työliikunta eivät ennustaneet liikkumisen pysyvyyttä tai vähentämistä.

Johtopäätökset: Tarvitsemme paremmin suunniteltuja liikkumisen edistämisen ohjelmia, jotka huomioivat sukupuoliserot liikkumisen taustalla olevissa tekijöissä. Erityisesti matalan koulutustason miehillä tulisi kiinnittää huomioita liikkumisen lisäämisen rinnalla muiden terveellisten elintapojen edistämiseen.

Liikunta-aktiivisuuden muutos ja pitkät sairauspoissaolot

Anna-Leena Holstila (VTM), Jouni Lahti (FT), Ossi Rahkonen (Dosentti), Eero Lahelma (Professori)

Hjelt-instituutti, Kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

Tausta: Liikunta-aktiivisuuden muutosten ja sairauspoissaolojen yhteyttä koskevaa tutkimusta on tehty varsin vähän. Tässä tutkimuksessa selvitimme vapaa-ajan liikunnan harrastamisessa tapahtuneen muutoksen ja pitkien sairauspoissaolojaksojen välistä yhteyttä. Tarkastelimme kaikkia yli kymmenen arkipäivän pituisia sairauspoissaolojaksoja sekä lisäksi erikseen tuki- ja liikuntaelinvaikeuksista ja mielenterveysongelmista johtuvia poissaoloja.

Aineisto ja menetelmät: Aineistona käytettiin Helsinki Health Study (HHS) tutkimuksen seurantakyselyaineistoa: peruskyselyitä, jotka toteutettiin vuosina 2000–2002 kyseisinä vuosina 40, 45, 50, 55 ja 60 täyttävien Helsingin kaupungin työntekijöiden keskuudessa, ja seuranta vuodelta 2007. Peruskyselyissä vastausprosentti oli 67 ja seurantakyselyssä 83. Luvan antaneiden (90% seurantakyselyn vastaajista) kyselytiedot yhdistettiin Kelan sairauspoissaolorekisterin tietoihin vähintään kymmenen päivän sairauspoissaolojaksoista diagnoosiryhmittäin. Keskimääräinen seuranta-aika oli 2,1 vuotta seurantakyselyn palauttamisesta. Poisson regressiota käytettiin esiintymissuhteiden *rate ratios* (RR) ja 95% luottamusvälien (CI) laskemiseen. Analyysit tehtiin 3601 vastaajalle (80% naisia).

Alustavat tulokset: Seurannan aikana pitkiä sairauspoissaolojaksoja oli keskimäärin 8,9 sataa henkilövuotta kohden. Verrattuna jatkuvasti liikunnallisesti passiiviin vähemmän sairauspoissaoloja oli jatkuvasti rasittavaa liikuntaa harrastaneilla (RR 0.53, CI 0.37–0.75) ja niillä, jotka olivat siirtyneet passiivisuudesta rasittavaan liikuntaan (RR 0.46, CI 0.25–0.82), kohtuullisesta rasittavaan liikuntaan (RR 0.64, CI 0.42–0.96) tai rasittavasta liikunnasta kohtuulliseen. Yhteydet heikkenivät hieman, kun tupakointi, alkoholinkäyttö, painoindeksi ja sosioekonominen asema vakioitiin. Tuki- ja liikuntaelinsyistä johtuvien sairauspoissaolojen osalta yhteydet olivat samankaltaiset kuin kaikilla poissaoloilla. Liikunta-aktiivisuuden ja mielenterveyssyistä johtuvien sairauspoissaolojen väliltä ei löydetty yhteyksiä.

Johtopäätökset: Rasittavan liikunnan jatkuvalla harrastamisella kuin myös aloittamisella, on yhteys vähentyneisiin sairauspoissaoloihin. Keski-ikäisiä ja ikääntyviä työntekijöitä tulisi kannustaa harrastamaan myös rasittavaa liikuntaa.

Liikunnan muutosten yhteydet työkyvyttömyyseläkkeisiin

Jouni Lahti, FT, Anna-Leena Holstila, VTM, Eero Lahelma, Professori, Ossi Rahkonen, Professori

Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

Tausta ja tarkoitus: Vähäinen liikunta-aktiivisuus on yhteydessä merkittäviin kansansairauksiin, sairauspoissaoloihin ja työkyvyttömyyteen. Tässä tutkimuksessa selvitettiin liikunnan muutosten yhteyksiä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen ikääntyvillä Helsingin kaupungin työntekijöillä.

Menetelmät: Helsinki Health Studyn perustilanteen kyselylomake lähetettiin vuosina 2000-2002 40-60-vuotiaille Helsingin kaupungin työntekijöille (vastausprosentti 67 %). Seurantakysely lähetettiin vuonna 2007 peruskyselyyn vastanneille (vastausprosentti 81 %). Suostumuksen antaneiden (90 %) tiedot yhdistettiin Eläketurvakeskuksen eläketietoihin vuoden 2012 loppuun saakka. Liikuntaa mitattiin samalla kysymyksellä molemmissa kyselyissä ja se jaettiin kolmeen luokkaan: 1. Liikunnallisesti passiiviset, 2. Kohtuullisen rasittavaa liikuntaa harrastavat ja 3. Rasittavaa liikuntaa harrastavat. Liikunnan muutosta ja pysyvyyttä kuvaa 9-luokkainen muuttuja. Tässä analyysissä oli mukana 4184 vastaajaa (83% naisia). Liikunnan muutosten yhteyttä työkyvyttömyyseläkkeisiin tutkittiin Coxin regressioanalyysillä.

Tulokset: Seurannan aikana 243 (5.8 %) henkilöä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Liikunnallisesti passiivisista rasittavaa liikuntaa harrastaviksi siirtyneiden työkyvyttömyyden riski ($HR=0.24$, 95 % CI 0.09-0.69) oli selvästi pienempi kuin pysyvästi passiivisilla. Myös niillä, jotka siirtyivät kohtuullisesti liikkuvista rasittavasti liikkuviin ($HR=0.42$, 95 % CI 0.23-0.77) sekä myös pysyvästi rasittavaa liikuntaa harrastavilla ($HR=0.35$, 95 % CI 0.21-0.58), oli vähemmän työkyvyttömyyseläkkeitä. Sekoittavien tekijöiden ja rajoittavien sairauksien vakiointi selitti osan yhteyksistä.

Päätelmät: Rasittavan liikunnan jatkuva harrastaminen ja sen aloittaminen keski-ikässä vähentää työkyvyttömyyden riskiä. Rasittavaa liikuntaa voi suositella ainakin terveille liikuntaa harrastaville keski-ikäisille.

Sähköpyörätuoli ja -mopedi liikkumiseen liittyvää osallistumista edistämässä - havainnoivan monikeskustutkimuksen Suomen osuus

Anttila Heidi¹, FT, ft, Sirola Pia¹ KM, ft

¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Palvelujärjestelmäosasto, Palvelujen kehittäminen ja ohjaus - yksikkö, Vammaisuus ja yhteiskunta tiimi

Tarkoitus ja tutkimustehtävä: Väestön ikääntyessä ja kroonisten sairauksien lisääntyessä liikkumisen apuvälineiden tarve lisääntyy. Tässä tutkimuksessa arvioitiin sähköpyörätuolin ja -mopedin vaikutuksia liikkumiseen liittyvään osallistumiseen, avuntarpeeseen, käyttäjätyytyväisyyteen, terveyteen liittyvään elämänlaatuun, kustannuksiin sekä kustannusvaikuttavuutta.

Aineisto ja menetelmät: Apuvälinekeskuksista rekrytoitiin 72 mukaanottokriteerit täyttävää itsenäisesti asuvaa vähintään 18-vuotiaasta asiakasta, joille on päätetty myöntää ensimmäistä kertaa sähköpyörätuoli tai -mopedi. Asiakkaita haastateltiin ennen apuvälineen saamista ja yhden vuoden jälkeen (NOMO 1.0, modifioitu QUEST 2.0, EQ-5D ja EATS 2D, 15D ja palvelujen käytön kustannukset) sekä 1-2 kk apuvälinepalvelun jälkeen (SATS). Aineiston analysoinnissa käytettiin Wilcoxon Signed Rank testiä ja parittaista t-testiä.

Tulokset: Alkutilannehaastatteluun osallistui 68 henkilöä. Seurantavuoden aikana 11 keskeytti, joten otokseen jäi 57 henkilöä, iältään (ka. 55 vuotta vaihteluväli 32–76), 68 % oli naisia. Yli puolet (68 %) asui kaupungissa tai esikaupungissa ja tavallisissa asunnoissa (98 %). Lähes kaikki (84 %) olivat eläkkeellä. Yksin asuvia oli kolmasosa. Enemmistö käytti muitakin apuvälineitä (95 %).

Sähköpyörätuoliin tai mopediin liittyvät odotukset täyttyivät odotetusti tai odotuksia paljon paremmin (91 %). Yli puolet (86 %) koki, että apuvälineellä oli suuri tai erittäin suuri merkitys mahdollisuuksiin tehdä erilaisia toimintoja. Enemmistö oli tyytyväinen sekä apuvälinepalveluun että apuvälineeseen. Avuntarve väheni kodista ulos tai sisään liikkumisessa ($p = .003$), muualla kuin kotona sisätiloissa liikuttaessa ($p = .030$) ja melko paljon tai paljon apua tarvitsevilla ulkona liikkumisessa ($p = .002$). Liikkumisen määrä pysyi samana (alussa 12,1 ja seurannassa 12,3 toimintoon, muutos 0,2, 95 % CI -0,8–0,4). Vain ruoka- ja päivittäistavarakaupoissa asiointi lisääntyi ($p = .048$). Liikkuminen helpottui ruoka- ja päivittäistavarakaupoissa asioinnissa ($p = .000$), omaisten ja ystävien luona vierailuissa ($p = .018$), ulkoilussa ($p = .012$), posti- tai postilaatikolla käynneissä ($p = .012$) sekä kirjastokäynneissä ($p = .019$). Terveysteen liittyvässä elämänlaadussa ei tapahtunut muutoksia. Käytettäessä apuvälineitä käyttävälle väestölle soveltuvaa liikkumista koskevaa kysymystä (EATS 2D), muutosta näkyi liikkumisessa ($p = .020$). Kustannukset vähenivät, joten apuväline-interventio on kustannuksia säästävää.

Johtopäätökset: Sähköpyörätuoli tai -mopedi on merkityksellinen käyttäjälleen. Sen avulla avuntarve voi vähentyä ja itsenäinen liikkuminen tavallisten toimintojen yhteydessä helpottua, mutta vaikutukset eivät välttämättä näy osallistumisen lisääntymisenä. Koska terveyteen liittyvä elämänlaatu ei muuttunut pelkästään terveyspainotteisilla mittareilla tarkasteltuna, lisätutkimusta tarvitaan elämänlaatumittareiden muutosherkyydestä kuntoutuksen kohderyhmissä. Kustannukset vähenivät, joten sähköpyörätuoleja tai -mopedeja kannattaa myöntää toimintarajoitteisten henkilöiden osallisuuden edistämiseksi.

SESSIO C: Vanhojen ihmisten palvelut

Esitykset

<i>Mari Aaltonen</i>	Vanhojen ihmisten siirtymät hoitopaikkojen välillä - Siirtymäprofiilit ja niissä tapahtuneet muutokset vuodesta 1998 vuoteen 2008
<i>Leena Forma</i>	Itsemurhan tehneiden vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kahtena viimeisenä elinvuotena
<i>Marina Steffansson</i>	Onko valinnanvapaudella merkitystä ikäihmisten hoivan vaikuttavuuteen?
<i>Suvi Fried</i>	Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi kehittämistyön teemana järjestökentällä
<i>Jutta Pulkki</i>	Vanha ihminen kansanedustajien puheissa - diskurssianalyysi vanhuspalvelulakiin liittyneistä eduskuntakeskusteluista

Puheenjohtajana Jutta Pulkki, Tutkijatohtori,
Gerontologian tutkimuskeskus, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Vanhojen ihmisten siirtymät hoitopaikkojen välillä - Siirtymäprofiilit ja niissä tapahtuneet muutokset vuodesta 1998 vuoteen 2008

TtM Mari Aaltonen¹, TtT Jutta Pulkki¹, TtT Leena Forma^{1,2}, FM Jani Raitanen¹, FT Pekka Rissanen¹, LT Marja Jylhä¹

¹ *Terveystieteiden yksikkö ja Gerontologian tutkimuskeskus, Tampereen yliopisto*

² *Yhteiskuntatutkimuksen instituutti, Tampereen yliopisto*

Vanhojen ihmisten hoidon käyttö ja hoitopaikkojen välillä tapahtuvat siirtymät vaihtelevat yksilöllisesti, eikä siirtymien profiileista tai niiden ajallisesta muutoksesta ei ole aiempaa tietoa. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella vuoden 1998 ja 2008 hoidon siirtymien profiileja ja niissä tapahtuneita muutoksia.

Aineistona käytetään hoitoilmoitusrekisterien (THL) sekä kuolinsyyrekisterin (Tilastokeskus) tietoja. Rekisterit sisältävät tiedon siitä missä jokainen ihminen oli viimeisten 730 vuorokauden aikana. Profiilit on muodostettu seuraamalla kodin ja hoitopaikkojen tai hoitopakkojen välisiä siirtymiä, sekä erilaisissa hoitopaikoissa tai kotona vietettyjä päiviä 2 viimeisen elinvuoden aikana. Profiileihin jakamisen kriteerit olivat: 1) jos ihminen oli koko ajan hoidossa, 2) oliko siirtymiä kodin ja hoitopaikan välillä, 3) oliko siirtymiä viimeisten 6 kuukauden aikana, ja 4) olivatko ihmiset yli puolet ajasta kotona, vai hoidossa. Profiilit muodostettiin kaikille vuonna 2008 ja vuonna 1998 70-vuotiaana tai vanhempana kuolleille.

Vuonna 1998 66.1 %, ja vuonna 2008 60.4 %, vietti 2 viimeistä elinvuottaan pääosin kotona (kotikeskeiset profiilit). Vuosikymmenen aikana niiden osuus jotka olivat suurimman osan ajasta hoidossa, kasvoi: vuonna 1998 kuolleista 29.1 % ja 2008 34.4 %, vietti viimeiset elinvuotensa pääosin hoidossa (hoitokeskeiset profiilit). Siirtymien määrä kasvoi hoitokeskeisissä profiileissa vuodesta 1998 vuoteen 2008 pysyen muissa profiileissa samalla tasolla. Suurin osa ihmisistä kuului profiileihin joissa siirtymät painottuivat viimeisiin elinkuukausiin.

Viimeisten elinkuukausien hoitokeskeisyys kasvoi vuodesta 1998 vuoteen 2008. Samalla ne, joiden viimeiset elinkuukaudet olivat hoitokeskeisiä, kokivat aikaisempaa enemmän hoitopaikkojen välisiä siirtymiä. Hoitokeskeisyyden kasvu on ristiriidassa kansallisiin tavoitteisiin nähden, joissa korostetaan vanhojen ihmisten kotona asumista ja kotihoitoa. Siirtymien kasvu voi puolestaan vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja heikentää elämänlaatua loppuvaiheessa. Palvelurakenteita uudistettaessa on kiinnitettävä huomiota myös jatkuvaa laitoshoidoa tarvitseviin, ja kehitettävä myös muissa kuin kodeissa tapahtuvaa hoitoa.

Itsemurhan tehneiden vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kahtena viimeisenä elinvuotena

TtT Leena Forma^{1,2}, LT Marja Jylhä¹, TtM Mari Aaltonen¹, TtT Jutta Pulkki¹, FM Jani Raitanen¹, FT Pekka Rissanen¹

¹ *Terveystieteiden yksikkö ja Gerontologian tutkimuskeskus, Tampereen yliopisto*

² *Yhteiskuntatutkimuksen instituutti, Tampereen yliopisto*

Vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön tiedetään keskittyvän viimeisiin elinvuosiin ja –kuukausiin. Itsemurhaan päätyvien palvelujenkäyttöä heidän viimeisinä elinvuosinaan ei kuitenkaan tunneta hyvin. Tutkimuskysymykset olivat: 1) Missä määrin itsemurhan tehneillä vanhoilla ihmisillä oli kontakti sosiaali- ja terveydenhuoltoon kahtena viimeisenä elinvuotena? 2) Kuinka sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja lääkeostot erosivat vanhoilla ihmisillä, jotka a) tekivät itsemurhan, b) kuolivat luonnollisen kuoleman ja c) elivät vähintään kaksi vuotta pidempään?

Aineisto yhdistettiin kansallisista rekistereistä. Aineisto sisälsi kaikki vuosina 1998 tai 2002–2008 70-vuotiaana tai vanhempana Suomessa kuolleet henkilöt sekä 40 % satunnaisotoksen vuosina 1999–2001 saman ikäisinä kuolleista, yhteensä 316 639 henkilöä. Lisäksi kuolleille poimittiin vähintään kaksi vuotta pidempään eläneet verrokkit. Itsemurhat tunnistettiin Kuolinsyyrekisteristä (ICD-10 koodit X60-X84 ja Y87.0). Sairaaloiden, pitkäaikaishoidon ja kotihoidon käyttöä sekä avohoidon reseptilääkeostoja tutkittiin 730 päivän ajalta. Nämä olivat itsemurhan tehneiden ja luonnollisesti kuolleiden kaksi viimeistä elinvuotta ja pidempään eläneiden vastaavat kalenteripäivät. Eroja palvelujen käytön ja lääkeostojen todennäköisyyksissä ryhmien välillä testattiin binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Ikä, sukupuoli ja sairastavuus vakioitiin.

Yhteensä 1 118 vanhaa ihmistä teki itsemurhan tutkimusvuosien aikana. Itsemurhien osuus kaikista kuolemista pysyi samana (0.4 %) vuodesta 1998 vuoteen 2008. Itsemurhan tehneistä naisista yli 90 prosentilla ja miehistä n. 80 prosentilla oli kontakti sosiaali- ja terveydenhuoltoon kahden viimeisen elinvuoden aikana. Itsemurhan tehneet käyttivät vähemmän sairaalaa ja pitkäaikaishoitoa kahtena viimeisenä elinvuotena kuin ne, jotka kuolivat luonnollisesti, mutta enemmän kuin ne, jotka elivät pidempään. Itsemurhan tehneillä oli todennäköisemmin psykiatrinen diagnoosi kuin luonnollisesti kuolleilla ja verrokeilla. 60–80 % itsemurhan tehneistä naisista ja n. 50 % miehistä oli ostanut psykiatriin sairauksiin tarkoitettuja lääkkeitä kahtena viimeisenä elinvuotenaan.

Suurimmalla osalla itsemurhaan päätyneistä vanhoista ihmisistä oli kontakti sosiaali- ja terveydenhuoltoon kahtena viimeisenä elinvuotenaan. Näissä tilanteissa heidän ongelmiaan ei ehkä tunnistettu, tai hoito ei onnistunut auttamaan heitä. Itsemurhariskissä olevien tunnistamista ja vanhojen ihmisten mielenterveyden hoitoa tulisi parantaa. Sosiaali- ja terveyspalveluissa ei pitäisi pyrkiä vain estämään itsemurhia, vaan parantamaan vanhojen ihmisten elämää niin, että he haluavat sitä jatkaa.

Onko valinnanvapaudella on merkitystä ikäihmisten hoivan vaikuttavuuteen?

Marina Steffansson, TtM, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Marjo Pulliainen, TtM, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Aija Kettunen, VTT, Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet –hankkeessa (PALMA) on tarkoitus tutkia valinnanvapauden vaikutusta kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen. Kohderyhmänä ovat julkisen kotihoidon 65- vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat asiakkaat kolmessa kaupungissa. Vuonna 2012 tutkimuksen kohdealueiden säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden määrä oli 1847. Osalla tutkimuksen kohdealueista on kotihoidossa käytössä palvelusetelit. Valinnanvapautta pyritään selvittämään asiakkaan oman kokemuksen kautta. Kotihoidon palvelujen vaikuttavuuden mittaamisessa käytetään hoivaan liittyvää elämänlaadun mittaria.

ASCOT – hoivaan liittyvä elämänlaadun mittari (adult social care outcomes toolkit) on kehitetty mittamaan hoivapalvelun vaikuttavuutta asiakkaan näkökulmasta. Mittari mittaa kahdeksaa elämänlaadun osa-aluetta: 1)henkilökohtainen puhtaus 2) ruoka ja juoma, 3) turvallisuus, 4) asumisen siisteys ja miellyttävyys, 5) sosiaalinen osallistuminen ja osallisuus, 6) arjen hallinta, 7) mielekäs tekeminen, 8) arvokkuus. Palvelujen vaikuttavuus on ero hoivaan liittyvässä elämänlaadussa, kun verrataan tilanteita kotihoidon palvelujen kanssa ja ilman kotihoidon palveluja. Suomessa ASCOT-mittarin alustavaa käännösversiota on testattu Diakin sosiaalitalouden tutkimuskeskuksen ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta eri kohderyhmillä ja kolme mittaria on käännetty käyttäen kaksisuuntaista käännöstekniikkaa.

Tutkimusmenetelmänä on strukturoitu kyselytutkimus. ASCOT-mittarin lisäksi kotihoidon asiakkailta kysytään terveyteen liittyvä elämänlaatu EQ-5D-mittarilla ja taustatiedot. Tiedot asiakkaiden käyttämistä kotipalveluista kerätään asiakastietojärjestelmästä. Tässä tutkimuksessa ikäihmisen saaman hoivan vaikuttavuuteen ajatellaan vaikuttavan erityisesti asiakkaan kokema valinnanvapaus. Tätä ja muita palvelujen vaikuttavuutta selittäviä tekijöitä tutkitaan regressioanalyysillä. Mallinnettuna vaikuttavuuteen (E) vaikuttavien useampien tekijöiden mukaan ottamisella pyritään siihen, että malli selittää mahdollisimman suuren osan vaikuttavuuden vaihtelusta keskiarvon molemmin puolin. Mahdollisia vaikuttavuuteen vaikuttavia tekijöitä voisivat olla muun muassa mahdollisuus vaikuttaa palveluihin (M), ikä (I), sukupuoli(sp), koettu terveydentila (T), muisti(m), palvelumuoto(p), jolloin

$$E = a + b_1M_2 + b_2I_2 + b_3sp_{3+...} + b_i p_i + e, \quad \text{jossa } a = \text{vakio}, b = \text{painokerroin}, e = \text{virhetermi}$$

Sosiaalipalveluiden vaikuttavuuden arvioinnissa pyritään arvioimaan palvelujen tuotannosta ja kulutuksesta seuranneita vaikutuksia asiakkaan hyvinvointiin. Hyvinvointia korostaa uusi vanhuspalvelulaki, jonka tavoitteena on muun muassa parantaa vanhusten mahdollisuutta vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja toteuttamiseen. Tästä tutkimuksessa saatua tietoa voidaan käyttää kotihoidon palvelujen arviointiin sekä niiden järjestämiseen ja kehittämiseen niin, että se vastaa lain tavoitteisiin. Haasteena on, kuinka uudessa laissa mainittua iäkkäiden henkilöiden osallisuutta vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja toteuttamiseen voidaan parantaa.

Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi kehittämistyön teemana järjestökentällä

Fried, Suvi, sh, TtM, Ikäinstituutti, Heimonen, Sirkkaliisa, sh, PsT, Ikäinstituutti, Kälkäinen, Salla, geronomi, TtM, Ikäinstituutti

Ikäihmisten mielen hyvinvoinnin ja osallisuuden mahdollisuuksien tukeminen edistävät hyvää ja toimintakykyistä vanhenemista. Ikäinstituutin Vanhuuden Mieli -projektissa (RAY 2011–2014) ikäihmisiä rohkaistaan tunnistamaan voimavaroja ja elämän tarkoituksellisuuden kokemusta vahvistavia tekijöitä sekä löytämään valmiuksia elämänmuutosten ja arjen haasteiden kohtaamiseen. Hankkeessa on järjestetty avoimia keskustelutilaisuuksia, kerätty laadullista haastatteluaineistoa, kehitetty ja pilotoitu logoterapeuttiseen ajatteluun pohjautuvaa keskusteluryhmämallia ja juurrutettu logoterapeuttista ajattelua muistisairaiden ihmisten hoitoon Mahdollisuuksien Matka -koulutuksella. Keskustelutilaisuuksien tavoitteena on ollut herättää keskustelua mielen hyvinvoinnista ja jakaa siihen liittyvää tutkimustietoa ikäihmisille. Laadullisen haastattelututkimuksen tavoitteena on ollut syventää elämän tarkoituksellisuuteen liittyvän tematiikan ymmärrystä ja tavoittaa mielen hyvinvointiin liittyviä ulottuvuuksia. Tavoitteellista keskusteluryhmämallia pilotoitiin ja kehitettiin kolmen ryhmäprosessin kokemusten pohjalta. Mahdollisuuksien Matka -koulutukseen on osallistunut kaksi pääosin hoitotyön ammattilaisista koostuvaa ryhmää.

Hankkeessa on kerätty kaksi aineistoa. Ensimmäinen koostuu ikäihmisten laadullisista haastatteluista (n=30), joiden teemoina olivat mielen hyvinvoinnin kokemukset ja ylläpitäminen, omat voimavarat ja elämän tarkoituksellisuus. Toinen aineisto koottiin keskusteluryhmiin osallistujilta (n=18), joita haastateltiin ryhmien alkaessa ja osaa heistä (n=12) haastateltiin ryhmän päättymisen jälkeen. Lisäksi yhteen ryhmään osallistuneiden välitehtävistä kertyi pienimuotoinen kirjallinen aineisto. Aineistokokonaisuutta on analysoitu laadullisen tekstianalyysin keinoin.

Mielen hyvinvoinnin teemojen avartaminen on koettu hankkeen aikana tarpeelliseksi. Erilaisissa tilaisuuksissa ja kokoontumisissa käydyt keskustelut ovat osoittaneet yhtäältä ikäihmisten mielen voimavarojen moninaisuuden ja toisaalta sen, että ikäihmisten kokemusten mukaan tietoa on tarjolla sairauksien ja oireiden hoitoon, mutta mielen hyvinvoinnin ja vireyden ylläpitämisen keinoista tietoa kaivattaisiin enemmän. Haastatteluaineisto osoittaa, että haavoittuvuus ja voimavarat ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa, ja nämä yhteydet rikastuvat elämäkokemuksista ja elämäntaitojen oppimisesta. Laadullisen aineiston avulla on mahdollista avartaa ja täsmentää käsityksiä ikäihmisten elämän tarkoituksellisuuden kokemuksista.

Mielen hyvinvointia voi kokea sairauksista ja vaikeuksista huolimatta. Ikäihmisten elämään liittyy monia tilanteita, kuten esimerkiksi omaishoitotilanteet, joissa hyvinvointia tukemalla voidaan ylläpitää terveyttä ja toimintakykyistä tulevaisuutta. Tavoitteellinen keskusteluryhmä on lupaava ikäihmisten mielen hyvinvoinnin tukimuoto. Ryhmätoiminnan perinteitä löytyy paljon erityisesti kolmannen sektorin toimijoilta ja ryhmien määrä on vahvassa kasvussa myös kunnissa. Tavoitteellisten ja tarkasti strukturoitujen keskusteluryhmien toimintamalleista ja hyödyistä tarvitaan kuitenkin lisää kokemuksia ja tutkimustietoa.

Vanha ihminen kansanedustajien puheissa - diskurssianalyysi vanhuspalvelulakiin liittyneistä eduskuntakeskusteluista

Jutta Pulkki^{1,2} ja Liina-Kaisa Tynkkynen¹

¹ Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto, ² Gerontologian tutkimuskeskus

Tausta: Suomessa astui kesällä 2013 voimaan niin kutsuttu 'vanhuspalvelulaki', eli *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista*. Lain säättämisen taustalla olivat julkisuuteen aikaisemmin tulleet epäkohdat vanhojen ihmisten laitoshoidossa, sekä yleinen huoli sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta, riittävydestä ja laadusta nopeasti ikääntyvässä Suomessa. Lain virallisina tavoitteina ovat ikääntyneiden hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistäminen, osallisuuden ja voimavarojen tukeminen, sekä palvelutarpeen arvioinnin ja tarpeenmukaisten palvelujen turvaaminen.

Tarkoitus ja menetelmät: Tässä tutkimuksessa selvitettiin, miten kansanedustajat lakiin liittyvissä eduskuntakeskusteluissa puhuivat vanhoista ihmisistä. Aineistona käytimme neljää lain hyväksymistä edeltänyttä eduskuntakeskustelua (elokuun ja joulukuun 2012 välisenä aikana). Tutkimusmenetelmämme oli diskurssianalyysi. Diskurssianalyysissa puheen ajatellaan rakentuvan sosiaalisesti, ja että se edelleen rakentaa sosiaalista ymmärrystä puheen aiheena olevasta ilmiöstä.

Tulokset: Diskursseja läpileikkasi puhe vanhoista ihmisistä yhtenä homogeenisena ryhmänä, joka eroaa muista väestöryhmistä tai ns. 'aktiiviväestöstä'. Tunnistimme aineistostamme kolme vanhaa ihmistä rakentavaa diskurssia: (1) 'riippuvainen', (2) 'aktiivinen', ja (3) 'ansainnut'. Nämä kaikki päädiskurssit sisälsivät 3-4 aladiskurssia. Riippuvaisuus nähtiin useimmiten vääjäämättömänä vanhenemisen seurauksena. Puheessa rakennettiin kuvaa vanhasta ihmisestä, joka on lapsenlailla riippuvainen toisista ihmisistä ja palvelujärjestelmästä niin hoitonsa, jokapäiväisen selviytymisensä ja jopa hyvän elämänsä suhteen. Toisaalta puheissa nousi esiin, kuinka vanhoilla ihmisillä on, yhtäläisestä riippuvuudesta huolimatta yksilöllisiä tarpeita. Toinen diskurssi rakensi kuvaa vanhasta ihmisestä aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä, joka tuottaa hyvää yhteiskunnallemme esimerkiksi omaishoitajana. Toisaalta vanha ihminen kuvautui hoitoonsa aktiivisesti vaikuttavana. Kolmas diskurssi konstruoii kuvaa vanhoista ihmisistä, jotka ovat ansainneet yhteiskunnan tarjoaman avun, koska ovat olleet rakentamassa yhteiskuntaamme.

Yhteenveto: Vanhat ihmiset olivat kansanedustajien puheissa yksi yhtenäinen ryhmä, jonka vääjäämättömänä tulevaisuutena oli tulla jollain tasolla riippuvaiseksi toisista, ja erityisesti palveluista. Vaikka 'yksilölliset tarpeet' nostettiin usein esiin, tuotettiin tarpeet silti vanhojen ihmisten puolesta ja kaikille samanlaisina. Tuloksissa tulee muistaa, että kansanedustajien puhetta rajasi ja kontekstoi paljolti keskustelujen pohjalla ollut lakiehdotus. Valtaapitävien päättäjien puhe vanhoista ihmisistä ei vain heijasta sosiaalista ymmärrystä ja rakenna sitä edelleen, vaan sillä on välitön vaikutus siihen, millaisia palvelurakenteita maahamme luodaan. Laki säädettiin tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntakentän rakenteen uudistus olivat vielä kesken. Näiltä osin on epäselvää, millainen merkitys vanhuspalvelulailla tulevaisuudessa on.

SESSIO D: Eriarvoisuus ja muutos terveydenhuollossa

Esitykset

<i>Kristiina Manderbacka</i>	Eriarvoisuus somaattisen erikoissairaanhoidon käytössä vuosina 1995-2010
<i>Sonja Lumme</i>	Muutokset ja alueelliset erot sosioekonomisessa oikeudenmukaisuudessa sepelvaltimotoimenpiteisiin pääsyssä vuosien 1995-2010 aikana
<i>Miisa Alastalo</i>	Verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010 sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta – onko esitysten terveysvaikutuksia arvioitu?
<i>Hilla Sumanen</i>	Nuorten työntekijöiden sairauspoissaolojaksojen muutokset vuosina 1990-2012

Puheenjohtajana Kristiina Manderbacka, tutkimuspäällikkö, THL

Eriarvoisuus somaattisen erikoissairaanhoidon käytössä vuosina 1995-2010

Kristiina Manderbacka¹ VTT, dos., Martti Arffman¹ VTM, Ilmo Keskimäki^{2,3} LT, professori

¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Palvelujärjestelmän tutkimusyksikkö

² Terveiden ja hyvinvoinnin laitos Palvelujärjestelmäosasto

³ Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

Tarkoitus ja tutkimustehtävä: Aiemmissä tutkimuksissa on raportoitu sosioekonomisia eroja terveyspalvelujen käytössä sekä Suomessa että muissa länsimaissa. Eroja on havaittu eri osissa palveluketjua ja niiden on todettu olevan varsin pysyviä. Alempien sosioekonomisten ryhmien on raportoitu käyttävän avohoidon lääkäripalveluja ylempiä vähemmän kun palvelujen tarve otetaan huomioon. Sairaalan vuodeosastohoidossa taas raportoitiin olleen 1990-luvun puolivälissä tarve-erojen suuntaisia käyttöeroja, mutta hoidon laadussa todettiin eroja, jotka eivät selity hoidon tarpeella. Joitakin elektiivisiä kirurgisia toimenpiteitä tehtiin suurituloisille useammin kuin pienituloisemmille. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sosioekonomisten erojen kehitystä somaattisen erikoissairaanhoidon käytössä vuodesta 1995 vuoteen 2010.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimusaineiston muodostavat kaikki somaattisessa erikoissairaanhoidossa vuodeosastolla hoidossa olleet 25-84 -vuotiaat henkilöt vuosina 1995-2010. Tiedot hoitojaksoista, pää- ja sivudiagnooseista sekä mahdollisista toimenpiteistä poimittiin hoitoilmoitusrekisteristä. Tiedot sosioekonomisesta asemasta poimittiin työssäkäyntitilastosta; sosioekonomisen aseman mittarina käytetään kotitalouden kokoon suhteutettuja nettotuloja. Tulokset raportoidaan kussakin vuosikohortissa ikävakiotui-
na käyttöluukuina 100 000 henkilövuotta kohden. Relatiivista sairaalahoidon riskiä arvioidaan Poisson regressiomallien avulla ja eriarvoisuutta tarkastellaan konsentraatiokertoimen avulla.

Tulokset: Vuodeosastohoidossa olleiden määrä väheni tarkastelukaudella selvästi, ja erityisesti vähenivät ei-kirurgiset hoitojaksot. Vähenemistä tapahtui kaikissa tuloryhmissä. Molemmilla sukupuolilla todettiin koko tarkastelukauden ajan käänteinen yhteys tulojen ja sairaalahoitojaksojen välillä: mitä pienemmät tulot sitä useampi oli ollut sairaalahoidossa ja sitä todennäköisempiä olivat monet kirurgiset toimenpiteet. Kirurgisten hoitojaksojen osuus oli kuitenkin ylemmillä tuloryhmillä suurempi kuin alemmilla. Yksittäisistä toimenpiteistä eroja oli erityisesti sepelvaltimotoimenpiteissä, jotka kehittyivät tarkastelujaksolla niin, että kun 1990-luvun puolivälissä tuloryhmien välillä ei ollut eroja, vuonna 2010 toimenpiteitä tehtiin useammin alemmille tuloryhmille. Alaraaja-amputaatioilla oli selvä yhteys tuloihin: mitä alempi tuloryhmä sitä yleisempiä amputaatiot olivat. Lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa erot olivat samansuuntaiset. Kohdun poistot taas olivat 1990-luvun puolivälissä yleisempiä ylemmissä tuloryhmissä, mutta toimenpiteiden vähetessä myös sosioekonomiset erot niissä tasoittuivat. Muissa toimenpiteissä ei havaittu systemaattisia sosioekonomisia eroja.

Johtopäätökset: Sairalahoitojaksojen kehitys somaattisessa erikoissairaanhoidossa vuosina 1995-2010 vastaa yleisesti ottaen terveydentilan ja kuolleisuuden kehitystä. Suhteelliset erot tuloryhmien välillä eivät kuitenkaan juuri muuttuneet, vaikka samanaikaisesti tuloryhmittäisten terveyserojen on raportoitu kasvaneen. Tutkimustuloksista ei voidakaan päätellä, jakautuuko somaattinen erikoissairaanhoidon tarpeen mukaan. Hoidon laadussa olleet erot näyttävät jonkin verran vähentyneen, mutta jotain merkkejä eroista oli edelleen nähtävissä vuonna 2010.

Muutokset ja alueelliset erot sosioekonomisessa oikeudenmukaisuudessa sepelvaltimotoimenpiteisiin pääsyssä vuosien 1995–2010 aikana

Sonja Lumme, VTM (tilastotiede), Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kristiina Manderbacka, VTT, dos., Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Ilmo Keskimäki, LT, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tampereen yliopisto

Tarkoitus ja tutkimustehtävä: Aiemmat tutkimukset ovat todenneet Suomessa sosioekonomisia eroja sepelvaltimoiden ohitusleikkauksiin ja pallolaajennuksiin pääsyssä sekä alueellisia eroja toimenpiteiden yleisyydessä. Hoidon saatavuuden parantamiseksi 1990-luvun alusta lähtien pallolaajennuksien määrää on lisätty merkittävästi. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme kuinka kasvanut sepelvaltimotoimenpiteiden tarjonta on vaikuttanut sosioekonomiseen ja alueelliseen oikeudenmukaisuuteen hoitoon pääsyssä vuosina 1995–2010.

Aineisto ja menetelmät: Tiedot 45–84-vuotiaille tehdyistä sepelvaltimotoimenpiteistä vuosina 1995–2010 poimittiin hoitoilmoitusrekisteristä ja potilaiden sosiodemografiset tiedot saatiin yksilötasoisista väestölaskenta- ja työvoimatilastoaineistoista. Sosioekonomisen aseman mittarina tutkimuksessa käytetään tietoja asutuskunnan kokoon suhteutetuista nettotuloista. Hoidon tarvetta arvioidaan eri ikä- ja tuloluokissa sepelvaltimotautikuolleisuuden avulla. Tiedot kuolemista on saatu Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä. Eriarvoisuusindeksien laskemisessa ja oikeudenmukaisuuden muutoksen tarkastelussa sovelletaan monitasomallinnukseen perustuvaa tilastollista menetelmää, joka ottaa huomioon alueiden sisäisen ja välisen vaihtelun sekä alueiden kokoerot.

Keskeiset tulokset: Sepelvaltimotoimenpiteiden määrä kaksinkertaistui ajanjaksolla, vaikka kasvu vakiintui 2000-luvun puolivälissä. Pallolaajennuksien osuus kasvoi voimakkaasti; vuonna 2010 niiden osuus oli jo yli 70 % kaikista sepelvaltimotoimenpiteistä. Tuloluokkien ikärakenne-erot huomioiden, toimenpiteiden määrä kasvoi vuosina 1995–2010 erityisesti pienituloisilla; määrä kasvoi alimmassa tuloviidenneksessä 82 % miehillä ja 72 % naisilla, mutta ylimmässä viidenneksessä vain 16 % ja 5 %. Samana ajanjaksona sepelvaltimotautikuolleisuus väheni alimmassa tuloviidenneksessä miehillä 32 % ja naisilla 50 % ja ylimmässä viidenneksessä 66 % ja 71 %.

Konsentraatiokertoimella arvioituna ja hoidon tarve-erot huomioiden eriarvoisuus sepelvaltimotoimenpiteisiin pääsyssä lisääntyi tutkimusajanjaksolla koko maan tasolla tarkasteltuna sekä miehillä että naisilla. Miehillä konsentraatiokertoimen arvo kasvoi vuosina 1995–2010 0.11:stä 0.19:ään, mikä heijastaa huomattavaa hyvätuloisia suosivaa eriarvoisuutta. Naisilla eriarvoisuutta oli hiukan vähemmän ja se myös kasvoi vähemmän, indeksi oli 0.07 vuonna 1995 ja 0.12 vuonna 2010. Eriarvoisuudessa oli sairaanhoitopiirien välillä eroja erityisesti naisilla. Vuonna 2010 konsentraatiokerroin vaihteli sairaanhoitopiirien välillä miehillä 0.16 – 0.23 ja naisilla 0.07 – 0.26.

Johtopäätökset: Huolimatta sepelvaltimotoimenpiteiden määrän voimakkaasta kasvusta viimeisten 20 vuoden aikana toimenpiteiden kohdentuminen tuloryhmittäin sepelvaltimotautikuolleisuudella arvioidun tarpeen mukaan huonontui entisestään molemmilla sukupuolilla. Alustavien tulosten mukaan sosioekonomisessa oikeudenmukaisuudessa on etenkin naisilla alueellisia eroja. Sepelvaltimotautikuolleisuuden muutokset ja erot tuloryhmien ja alueiden välillä selittävät todennäköisesti osan löydetyistä eroista oikeudenmukaisuudessa.

**Verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010
sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta
– onko esitysten terveysvaikutuksia arvioitu?**

Miisa Alastalo, Tk

Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Tausta: Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on jo pitkään ollut yksi maamme terveystalouden keskeisistä tavoitteista. Terveystalouden ja sen jakautumiseen vaikuttavista tekijöistä on runsaasti tietoa, jota on hyödynnetty terveystalouden linjausten teossa. Terveystalouden vaikutusten arviointi lainsäädännön valmistelussa on yksi keinoista, joita voidaan käyttää apuna terveyserojen kaventamisessa, ja sen käytöstä on sitova ohje. Terveystalouden linjauksista huolimatta sosioekonomiset terveyserot ovat maassamme suuria ja näyttävät kasvavan edelleen.

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksessa tarkasteltiin sosioekonomisten terveyserojen kaventamista koskevien terveystalouden linjausten toimeenpanoa terveystalouden vaikutusten arviointien osalta. Tarkastelun kohteeksi valittiin verotuspolitiikka, sillä se on yksi yhteiskuntapolitiikan keskeisimmistä eritasoisin terveyden determinantteihin, kuten tulonjakoon, työllisyyteen tai kulutukseen vaikuttavista yhteiskuntapolitiikan aloista. Terveystalouden vaikutusten arviointien lisäksi tarkasteltiin, millaisten päätösten valmistelussa terveystalouden vaikutukset on tunnistettu sekä sitä, kuinka terveystalouden vaikutuksista on argumentoitu silloin, kun niitä on mainittu.

Aineisto ja menetelmä: Aineistona olivat hallituksen verotusta koskevat esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010, yhteensä 141 esitystä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja sisällön erittelyllä.

Tulokset: Terveystalouden vaikutuksia oli tunnistettu ja arvioitu 141 esityksestä seitsemässä. Näistä viidessä oli mainittu vaikutusten jakautuminen väestöryhmittäin, mutta sitä oli arvioitu lyhyesti vain kahdessa esityksessä. Terveystalouden vaikutuksia oli arvioitu pääosin esityksissä, joiden sisältö liittyi elintapoihin, kuten alkoholinkäyttöön tai tupakointiin. Rakenteellisiin tekijöihin liittyvissä esityksissä terveystalouden vaikutuksia ei ollut arvioitu lainkaan. Esitysten taloudellisia vaikutuksia oli arvioitu yhtä lukuun ottamatta kaikissa esityksissä. Tämän lisäksi esityksissä oli arvioitu useita muita vaikutuksia. Terveystalouden vaikutusten argumentointi oli hyvin suppeaa ja siinä toistuivat samanlaiset ilmaisut ja osin jopa sanasta sanaan samanlaiset tekstikatkelmat.

Johtopäätökset ja pohdinta: Tulokset osoittivat, että terveystalouden toimeenpano ei päätösten terveystalouden vaikutusten arvioinnin osalta juuri toteudu, vaikka kyseessä oleva hallitus on tavoitteiden ja ohjelmien tasolla ollut erityisen sitoutunut terveyserojen kaventamiseen. Poliittisten päätöksentekijöiden on vaikeaa huomioida terveystalouden näkökohtia päätöksenteossa, jos heillä ei ole käytettävissään tietoa mahdollisista ja usein ennakoimattomista terveystalouden vaikutuksista. Tuloksia ei voida yleistää koskemaan muita yhteiskuntapolitiikan aloja.

Nuorten työntekijöiden sairauspoissaolajaksojen muutokset vuosina 1990–2012

*Hilla Sumanen, TtM, Olli Pietiläinen, VTM, Jouni Lahti, FT, Eero Lahelma, VTT, Ossi Rahkonen, VTT
Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hjelt-instituutti, kansanterveystieteen osasto*

Sairauspoissaolot kertovat sairauksista ja työkyvyn rajoitteista ja aiheuttavat vuosittain suuria yhteiskunnallisia ja taloudellisia kustannuksia. Sairauspoissaolot ovat myös merkittävä työterveydellinen ja sosiaalinen kysymys. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella 18–24 ja 25–29 -vuotiaiden naisten ja miesten sairauspoissaolajaksojen muutoksia iän, sukupuolen ja sairauspoissaolon pituuden suhteen vuosina 1990–2012. Nuoria työntekijöitä verrataan 30–59 -vuotiaisiin naisiin ja miehiin. Tutkimus on osa Helsinki Health Studya.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Helsingin kaupungin henkilöstörekisteriä ja sairauspoissaolorekisteriä. Tutkimuksessa olivat mukana kaikki kokoaikaiset 18–29 -vuotiaat naiset ($n = \sim 7500/1990$, $\sim 7200/2012$) ja miehet ($n = \sim 1700/1990$, $\sim 2300/2012$) sekä 30–59 -vuotiaat naiset ($n = \sim 19700/1990$, $\sim 23400/2012$) ja miehet ($n = \sim 6100/1990$, $\sim 8000/2012$). Kaikki työntekijöiden omasta sairaudesta johtuvat sairauspoissaolot huomioitiin tutkimuksessa. Tutkimuksessa tarkasteltiin lyhyitä (1–3 päivän), keskipitkiä (4–14 päivän) ja pitkiä (yli 14 päivän) sairauspoissaolajaksoja. Analyysimenetelmänä käytettiin negatiivista binomijakaumaa.

Alustavien tulosten mukaan lyhyet sairauspoissaolot ovat lisääntyneet ja nuorilla työntekijöillä on vanhempia enemmän lyhyitä sairauspoissaoloja. Lyhyiden sairauspoissaolojen suurin vuosittainen kasvu vuodesta 1990 vuoteen 2012 on 18–24 -vuotiailla miehillä (5,9 %, $p < 0.001$) ja pienin 25–29 -vuotiailla naisilla (2,9 %, $p < 0.001$). Myös keskipitkät sairauspoissaolot ovat lisääntyneet ja niiden trendikäyrät ovat samansuuntaiset kaikilla ikäryhmillä ja naisilla ja miehillä. Keskipitkien sairauspoissaolojen suurin vuosittainen kasvu on 18–24 -vuotiailla miehillä (4,3 %, $p < 0.001$) ja pienin 25–29 -vuotiailla miehillä (2,1 %, $p < 0.001$). Myös pitkät sairauspoissaolot ovat lisääntyneet ja vanhemmilla työntekijöillä on nuoria enemmän pitkiä sairauspoissaoloja ja vähiten niitä on 18–24 -vuotiailla naisilla ja miehillä. Pitkien sairauspoissaolojen suurin vuosittainen kasvu on 30–59 -vuotiailla miehillä (3,4 %, $p < 0.001$) ja pienin 25–29 -vuotiailla miehillä (0,9 %, $p = 0.07$). Naisilla on määrällisesti enemmän sairauspoissaoloja, kuin miehillä.

Sairauspoissaolot ovat lisääntyneet vuodesta 1990 vuoteen 2012. Nuorilla työntekijöillä on enemmän lyhyitä sairauspoissaoloja, kuin vanhemmilla työntekijöillä. Lyhyet, 1–3 päivän sairauspoissaolot ilmentävät itsearvioitua poissaolon tarvetta. Nuoret työntekijät elävät monia kansansairauksia ajatellen vielä terveintä ikävaihettaan, mutta heidän työkykynsä ja terveydentilaansa tulisi kiinnittää erityistä huomiota sairauspoissaolajaksojen vähentämiseksi ja sairauspoissaolojen pitkittymisen ehkäisemiseksi. Pitkiä sairauspoissaoloja on eniten vanhemmilla työntekijöillä, joka sopii sairastavuuden lisääntymiseen iän myötä.

SESSIO E: Terveysthuollon käytännöt ja niiden kehittäminen

Esitykset

<i>Tuulikki Vehko</i>	Hoitopolkujen käyttö diabeteksen hoidon organisoinnissa - Verkkokysely terveydenhuollon ammattilaisille
<i>Riikka Lämsä</i>	Keskeytykset terveyskeskuslääkärin työssä
<i>Katja Louhio</i>	Ennakoarvointi lisää avoimuutta
<i>Raija Sipilä</i>	Kansallinen implementointitutkimus tarvitsee viitekehysten ja tutkijaverkoston

Puheenjohtajana Tuulikki Vehko, Tutkija, THL

Hoitopolkujen käyttö diabeteksen hoidon organisoinnissa – Verkkokysely terveydenhuollon ammattilaisille

Tuulikki Vehko, tutkija, THL

Ilmo Keskimäki, Tutkimusprofessori, THL, Tampereen yliopisto

Taustaa: Osana rajat ylittävän terveydenhuollon hanketta (EU FP7) selvitettiin terveydenhuollon ammattilaisilta kyselyllä hoitopolkujen käyttöä, hoidon organisointia sekä potilaan sitouttamista hoitoon. Diabeteksen yleistymisen on jo pitkään haastanut suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Kansallinen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO (2000–2010) vastasi haasteeseen mm. kehittämällä verkostoja, joissa tarjottiin koulutusta diabetespotilaan hoidosta. Lääkäriseura Duodecimin koordinoimana valmistuivat Käypä hoito -suositukset diabeteksestä (2007) päivityksineen (2012, 2013), ja edelleen yhdistyksen verkkosivuilla on mahdollista kuvata alueen hoitopolkua.

Aineisto ja menetelmät: Verkkokyselyssä terveydenhuollon ammattilaiset vastasivat kysymyksiin hoidon järjestämisen tavoista heille esitetyn potilastapauksen kannalta. Potilastapauksessa kuvattiin tyypin 2 diabetes aikuispotilasta, joka oli otettu sairaalahoitoon ketoasidoosin vuoksi. Verkkokyselyyn kutsuttiin vastaajia laajalti eri verkostojen kautta (mm. sairaanhoitopiirien diabeteshoitoryhmät). Pilotoituun verkkokyselyyn saattoi vastata 10.5.–26.11.2012.

Tulokset: Diabeteksen hoidon organisointiin liittyvään kyselyyn saatiin 135 vastausta. Vastaajat olivat pääosin (118) sairaanhoitajia ja heistä puolet (57) työskenteli sairaalassa. Vastaajista pieni osa (17) oli lääkäreitä. Koska vastausten lukumäärä vaihteli kysymyksestä toiseen, on tulososiossa esitetty vastausten lukumäärä kysymyksittäin. Osassa monivalintakysymyksiä oli mahdollista valita useita vastausvaihtoehtoja.

Enemmistö (81 %; 76/94) vastasi potilaan hoidon järjestyvän hoitopolkua noudattaen. Hoitopolku perustui useimmiten (67 %; 62/93) kansalliseen hoitosuositukseen, osin myös paikallisiin hoitosuosituksiin (33 %). Sairaalassa useat ammattiryhmät osallistuivat potilaan hoitoon: sairaanhoitajat (90 %; 70/78), sisätautilääkärit (74 %), ravitsemusterapeutit (45 %) ja jalkojenhoitajat (44 %). Toisinaan vastuuhenkilöksi potilaan hoidon järjestämiseksi sairaalassa ja kotipaikkakunnalla sairaalahoidon jälkeen nimettiin sairaanhoitaja (43 %; 33/77) tai yleislääkäri (30 %) ja toisinaan vastuu hajautettaisiin usealle henkilölle (10 %). Useimmiten käytetyt tavat tukea potilasta selviämään sairautensa kanssa olivat kirjallinen hoito-ohje (68 %; 52/77) ja sitouttaminen omahoidon suunnitteluun sekä tavoitteiden asettamiseen (65 %). Tavallisimmin jatkohoitoa sairaalasta kotiuttamisen jälkeen toteutti yleislääkäri (78 %; 56/72), harvemmin erikoislääkäri (18 %).

Johtopäätökset: Suomessa on sovellettu laajalti kansallisia aloitteita diabeteksen hoidossa ja hoitopoluissa. Hoitopolkua käytetään hoidon suunnittelun apuvälineinä ja eri ammattiryhmien väliseen työnjakoon on olemassa käytänteitä. Diabeteshoitajat ovat avainasemassa niin sairaalahoidon kuin kotiuttamisen jälkeisen hoidon organisoinnissa potilaalle. Omahoidolla on diabeteksen hoidossa keskeinen rooli, jota tulisi yhä vahvistaa.

Keskeytykset terveyskeskuslääkärin työssä

Riikka Lämsä, VTT, sh, THL, Anna-Mari Aalto, VTT, dosentti, THL, Marko Elovainio, VTT, dosentti, THL

Työtehtävän keskeytyminen estää meneillään olevan työn kognitiivisen prosessoinnin ja aiheuttaa tarkkaavaisuuden herpaantumisen. Aikaisempaan tehtävään palaaminen vaatii ylimääräistä ponnistelua ja aikaa. Terveyskeskuslääkärit kokevat, että esimerkiksi keskittymistä ja keskeytymätöntä työskentelyaikaa vaativien laajojen lausuntojen laatimiseen ei työpäivän aikana useinkaan löydy sopivia työskentelyolosuhteita, joten lausuntoja kirjoitetaan usein iltaisin tai viikonloppuisin.

Tutkimuksessa tarkastellaan perusterveydenhuollon lääkärin työn keskeytymistä. Tutkimuksessa kysytään, 1) kuinka usein ja miksi lääkärin työ keskeytyy 2) minkäláisten työjärjestelyjen avulla keskeytyksiä voitaisiin vähentää.

Tutkimusaineisto on kaksiosainen: a) keväällä 2013 on havainnoitu neljää terveyskeskuslääkärää viikko kerrallaan ja kirjattu ylös työtoimet ja samalla työn keskeytykset b) syksyllä 2013 lähetetään 300 terveyskeskus- ja työterveyshuollon lääkäriille ajankäytön seurantalomake, jota lääkärit täyttävät yhden päivän ajan. Ajankäytön seuranta kertoo keskeytysten määrän ja syyt. Aineistoja analysoidaan sekä laadullisesti että määrällisesti. Analyysissä vertaillaan esimerkiksi keskeytysten määrää ja syitä ensisijaisen työmuodon, organisaation työskentelymallin ja toimipaikan mukaan.

Työryhmässä esitän keskeneráisen tutkimuksen ensivaiheen tuloksia havainnointiaineistoon perustuen: Lääkärin työ näyttää keskeytyvän 0-13 kertaa kahdeksan tunnin työpäivän aikana. Keskeytysten määrään vaikuttaa organisaation työskentelymalli, koko ja työntekijän vastuut. Keskeytykset voidaan jakaa ennakoituihin ja ennakoimattomiin, joista ennakoidut keskeytykset olivat yleisempiä. Suurin osa keskeytyksistä oli kasvokkaisia. Suurimpaan osaan keskeytyksistä lääkäri reagoi välittömästi ja kuudesosa johti lääkärin poistumiseen huoneestaan. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää terveyskeskusten työskentelyolosuhteiden kehittämiseen.

Ennakkoarviointi päätöksenteon tukena lisää avoimuutta

*Louhio K., Bäckmand H., Juosila M., Turkia T., Koskinen J., Paavonheimo R.
Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi*

Tausta: Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmän käyttö kunnan päätöksenteossa vaatii kunnalta tulevaisuuteen suuntaavaa päätöksentekokulttuuria sekä ylimmän johdon sitoutumista ja ennakkoarvioinnin viemistä osaksi kunnan omia päätöksentekorakenteita. (Kauppinen 2011). Kunnallisessa päätöksenteossa päätöksen vaikutusten ennakkoarviointi kuuluu hyvään valmisteluun (Salminen 2002). Terveystoimilaki (HE 90/2010) velvoittaa kuntaa tai kuntayhtymää arvioimaan ja ottamaan huomioon päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Ennakkoarviointi täytyy tehdä, mikäli valmisteltavalla asialla on merkittäviä vaikutuksia tietyille ihmisryhmille tai alueelle sekä silloin, kun lautakunta päättää palvelua koskevasta linjauksesta tai suunnitelmasta tai tarpeen mukaan kun vastataan lausuntoihin, esityksiin tai kirjeisiin. Kuntaliiton suositus (2011) tukee ennakkoarviointien käyttöönottoa.

Menetelmät: Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) on ennakkoarviointimenetelmä, jonka avulla voidaan arvioida päätöksen vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. IVA yhdistää muut vaikutusten arvioinnit, jolloin ei tarvitse erikseen tehdä esimerkiksi terveysvaikutusten (TVA), sosiaalisten vaikutusten (SVA) tai sukupuolivaikutusten (SUVA) arviointia, vaan ne voidaan integroida yhteen malliin. Menetelmän tavoitteena on tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi sekä lisätä päätöksenteon avoimuutta. Menetelmässä tieto tuotetaan asiantuntijoiden välisellä yhteistyöllä. Tiedot kootaan arviointitaulukkoon. Ennakkoarvioinnissa vaihtoehtoja tarkastellaan asiakkaan ja kaupunkilaisen, palveluiden, ympäristön ja henkilöstön kannalta kattavan arvion saamiseksi. Valmistelijat kirjaavat arviointitaulukkoon eri vaihtoehtojen todennäköisiä vaikutuksia, joita voidaan perustella esimerkiksi kunnan hyvinvointikertomuksesta tai muusta tietolähteestä saatavalla tiedolla. Asukkaita tai asiakkaita voidaan esimerkiksi kutsua yhteiseen työpajaan, heitä voidaan haastatella erikseen tai arviointia koottaessa voidaan hyödyntää olemassa olevaa asiakaspalautetta. Menetelmä tarjoaa vaihtoehtoja koskevat tiedot päätöksentekijöille jäsennehtynä. Ideaalitilanteessa IVA on prosessi, joka kytkeytyy osaksi isompaa kokonaisuutta, jolloin se tukee kunnan strategisten tavoitteiden saavuttamista.

Tulokset: Vantaalla menetelmän käyttöä on testattu ennakkoarvioimalla Sosiaali- ja terveystoimen käyttösuunnitelmaan (2013) keskeisiä toimenpiteitä. Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä teki päätöksen menetelmän käyttöönotosta ja mallista keväällä 2012. Arviointi tehdään taulukkopohjaan ja ne ovat julkisia. Arviointeja on tehty mm. palvelujen uudelleen järjestämiseen liittyvissä asioista, joissa on kyse isoistakin uudistuksista ja joilla on merkittäviä vaikutuksia vantaalaisille. Ennakkoarviointien valmistelu on laajentanut toimenpiteiden ja päätösten arviointeja aiemmin toteutettuja sukupuolenvaikutusten arviointeja laajemmiksi arvioinneiksi.

Yhteenvedo ja johtopäätökset: Vantaan Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttösuunnitelman laadinnassa on otettu huomioon kaupunginvaltuuston päättämät strategiset tavoitteet ja tehtävien toimenpiteiden vaikutukset ihmisiin. Mallin käyttö on monipuolistanut päätösten valmistelutyötä ja tuonut päätöksenteon lähemmäksi asiakkaita sekä lisännyt avoimuutta. Ennakkoarvioinnin avulla vaihtoehtoja vertaillaan eri näkökulmista ja muodostetaan käsitys vaihtoehdon vaikutuksista. Aina paras vaihtoehto ei ole mahdollinen valita esimerkiksi taloudellisista syistä johtuen, mutta silloinkin päätökset ovat tietoisia ja niiden haittavaikutukset yritetään minimoida. Vantaan sosiaali- ja terveystoimen kokemukset mallin käytöstä ovat rohkaisevia ja mallin käyttöä olisi syytä laajentaa. Mallin käyttö edellyttää koulutusta menetelmän käytöstä sekä ohjeistusta toimialojen välisestä yhteistyöstä sekä asiakkaiden kuulemisesta. Vantaan ennakkoarviointimalli pohjautuu Espoon IVA-malliin.

Kansallinen implementointitutkimus tarvitsee viitekehysten ja tutkijaverkoston

Raija Sipilä, LT, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; Taina Mäntyranta, LL, Karolinska Institutet; Marjukka Mäkelä, professori, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos; Jorma Komulainen, dosentti, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; Minna Kaila, professori, HY Hjelt-instituutti.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä: Kansallisia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia on laadittu vuodesta 1994. On tärkeää tutkia niiden implementointia (käyttöön saattamista) ja sen vaikutuksia. Käytäntö ja tutkimukset ovat osoittaneet, että erilaisten esteiden vuoksi hoitosuosistusten implementointi on haastavaa. Esteet vaihtelevat hoitosuosituksesta toiseen ja jopa yhden hoitosuosituksen yksittäisten suosituslauseiden välillä. Suomessa implementaatiotutkimus on hajanaista ja kokoavaa katsausta kotimaisesta hoitosuositustutkimuksesta ei ole saatavilla. Lisäksi implementaatioon ja implementaatiotutkimukseen liittyviä käsitteitä käytetään maassamme epäyhtenäisesti. Tarvitsemme kansallisen tutkijaverkoston kokoamaan implementaatiotutkimuksesta kiinnostuneet eri tieteenalojen tutkijat yhteen. Jotta verkoston toiminta olisi mahdollista, tarvitaan yhteinen viitekehys ja käsitteet.

Aineisto ja menetelmät: Implementaatioon liittyviä englanninkielisiä termejä haettiin Pubmed-tietokannan MeSH-termeistä, kansainvälisistä julkaisuista sekä alan toimijoiden Internet-sivustoilta. Kirjoittajat määrittivät keskustellen, mitkä termit tulisi suomentaa. Suomenkielisistä tietokannoista (Medic, LTK, Lääketieteen termit, TERO) ja lääketieteen sanastolautakunnasta sekä muusta Suomessa tehdystä sanastotyöstä etsittiin suomenkielisiä alaan liittyviä termejä.

Tukea implementaatiotutkimuksen viitekehykselle haettiin sekä implementaatiotutkimuksessa että oppimisen tutkimuksessa käytetyistä viitekehyksistä. Viitekehysten kehittämisessä on hyödynnetty sekä vaihteellaisia arviointimalleja: The Logic Model (inputs/activities/ outputs/outcomes) ja CIPP (context/input/process/product), jotka pyrkivät tavoittamaan oppimisen ja toiminnan eri vaiheet ja niiden muutokset kontekstissaan että Kirkpatrickin koulutuksen arviointimallia, joka perustuu oppimisen ja muutoksen eri tasoihin.

Keskeiset tulokset: Määriteltäviksi käsitteiksi valittiin implementation science, knowledge translation, diffusion, dissemination ja implementation. Käsitelmääritelmille pyydetään lääketieteen sanastolautakunnan lausunto.

Hoitosuositustutkimuksen viitekehysen muodostui 6 tasoa (tasot -1 – +4), jossa tasot 0-4 ovat implementaatiotutkimusta: -1) hoitosuosistusten luotettavuus, 0) implementoinnin edellytykset, 1) implementaation toteutus, 2) muutokset tiedoissa ja asenteissa, 3) muutokset toimintatavoissa ja 4) muutokset potilaiden ja väestön terveydessä. Viitekehyksessä on kuvattu tasojen sisältö sekä yleisesti käytettyjä tutkimusasetelmia ja – menetelmiä.

Johtopäätökset: Ennen laajempaa käyttöä viitekehys on tarpeen testata sekä implementaatiotutkimuksen tekijöillä että tutkimuksilla. Maahamme tarvitaan monen toimijan tutkijaverkosto. Sen tehtävänä tulisi olla selvittää hoitosuosituksissa kuvattujen käytäntöjen käyttöönottoa ja vaikutuksia suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.